

入会申込書

* _____年 月 日

群馬県保険医協会 御中

●貴会の趣旨に賛同し入会します

フリガナ
*氏名

*生年月日 (西暦 年 月 日生
(昭和 年)

*自 宅住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

*診療所住所 〒 _____

TEL _____

FAX _____

■保険医協会からの郵便物送付先は…《 診療所 ご自宅 》←いずれかに○

*診療所名 _____

*出身校 _____

*標榜科目 _____

趣 味 _____

[会 費] 月 額 医科 4000 円/月

歯科 3500 円/月

勤務医(医科歯科) 3000 円/月

会費には、全国保険医新聞 (月三回刊)

群馬保険医協会新聞 (月一回刊)

月刊・保団連 (月一回刊)の購読料を含みます。

本申込書により取得した上記の個人情報については、①会員のデータベースの作成
②広報等の配布物の郵送 ③研究会等の催事案内 ④共済制度の普及促進 ⑤協会の
業務に必要な場合、にのみ使用させていただきます。これらの項目以外の目的で個人
情報を利用したり、本人の同意を得ないで第三者に情報提供することはありません。
ただし、共済事業で個人データの取り扱いを委託する場合は、当協会が委託先に適切
な監督を行います。